



Universidade de Aveiro Departamento de Educação

2013

**Ana Maria Soares
Meia-Via**

**Sono, qualidade de vida e saúde mental em alunos
do ensino superior**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2013

**Ana Maria Soares
Meia-Via**

**Sono, qualidade de vida e saúde mental em alunos
do ensino superior**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu pai, à minha mãe e à minha irmã, pelo apoio incondicional.

o júri

Presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Auxiliar C/ Agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Sandra Maria Rodrigues de Carvalho Bos
Investigadora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (orientadora)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer em primeiro lugar à Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, orientadora desta tese, pela oportunidade de realizar este estudo e por toda a sua dedicação a este projecto. Ao doutorando Daniel Marques pelo excelente apoio e conhecimentos que me deu ao longo de todo este projecto bem como pelos conselhos que me foi concedendo tanto como profissional como enquanto colega.

Agradecer também à Prof. Doutora Anabela Pereira, Coordenadora do Mestrado, pela oportunidade e ao Departamento de Educação pelo apoio prestado nesta investigação, nomeadamente na impressão dos questionários. Ao Prof. Doutor Buysse, à Prof. Doutora Cristina Canavarro e à Dra. Cláudia Melo, pela autorização para trabalhar com os instrumentos PSQI, WHOQOL-Bref e BSI, respetivamente, e pelo apoio na disponibilização dos materiais para a sua administração.

A todos os estudantes da Universidade de Aveiro por terem participado neste estudo e a todos os professores pelo tempo despendido nas suas aulas para que os alunos pudessem contribuir nesta investigação. Às colegas que me ajudaram com a recolha da amostra.

Aos meus pais pelo apoio incondicional que me deram para enfrentar estes maravilhosos anos e me permitirem chegar até aqui. Obrigada pelo carinho, dedicação e confiança que depositaram sempre em mim e por tudo o que me ensinaram para ser a pessoa que sou hoje. Um agradecimento também a toda a minha família que, de uma maneira ou de outra, estiveram sempre presentes neste meu percurso.

À minha irmã por ter sido o meu braço direito e por me ter dado o privilégio de também a acompanhar no seu percurso. Por todos os momentos, que me proporcionou e principalmente pela força, coragem, apoio e amizade que me cedeu ao longo de toda a minha vida mas que foram fundamentais para alcançar os meus objetivos. Sem ela nada disto seria possível.

Às minhas “segundas irmãs”, Teresa e Ana, por me terem feito acreditar nas minhas capacidades, pelo amor incondicional e por todos os momentos fantásticos que me proporcionaram. Um agradecimento especial também à Rita, Filipa, Carla, Tânia, Mariana, Ariana, Carla Silva, Vera e a todas as outras pessoas que me acompanharam nesta magnífica viagem. Ao Bruno pelo carinho, amor, confiança e coragem que me deu e que foi essencial para o meu sucesso nesta última etapa do percurso. Obrigada por tudo.

Ao Pedro, ao Matias e ao Samuel por me ajudarem a levar a vida de outra maneira e por estarem sempre presentes e disponíveis para me ajudar.

Do fundo do meu coração, um muito obrigado a todos por fazerem parte da minha vida.

“Amigos de faculdade são para sempre”

palavras-chave

Sono, qualidade de vida, psicopatologia, estudantes do ensino superior

Resumo

De acordo com a literatura, a associação entre qualidade de sono e qualidade de vida (QdV) em amostras clínicas com diagnóstico de distúrbios de sono (e.g., insónia) ou outra condição médica (e.g., cancro) tem sido estudada em várias investigações. Contudo, um reduzido número de estudos focaram-se na relação entre qualidade de sono e QdV em amostras de comunidade de jovens adultos saudáveis. O objectivo do presente trabalho foi analisar a relação entre a qualidade de sono subjetiva e as várias dimensões da QdV em estudantes do ensino superior. O objectivo específico secundário foi analisar se a qualidade de sono será ou não um preditor significativo da QdV após um controlo estatístico dos sintomas psicopatológicos. Uma amostra selecionada de 324 estudantes de licenciatura e mestrado (65.7% mulheres e 34.3% homens), com idades compreendidas entre os 17 e os 47 anos ($M=20,89$; $DP=2,85$) completaram a versão portuguesa para Portugal do Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (versão orig. e Port: Buysse et al., 1989), o WHOQOL-Bref (versão Port: Vaz-Serra et al., 2006) para medir a QdV e ainda o Brief Symptom Inventory (BSI) (versão Port: Canavarro, 2007) para medir os sintomas psicopatológicos. Após análise dos resultados, verificou-se que todas as componentes do PSQI estão significativamente associadas (pelo menos $p<.05$) com o domínio geral da QdV e com os domínios físico e psicológico. Quanto ao domínio ambiente da QdV e as componentes do PSQI quatro relações foram estatisticamente significativas; quanto ao domínio relações sociais e as componentes do PSQI, apenas duas relações significativas emergiram. As associações mais fortes foram encontradas entre a componente 1- qualidade de sono subjetiva e o domínio físico da QdV ($r=-.546$, $p<.0001$), seguido do domínio psicológica ($r=-.446$, $p<.0001$). Duas componentes do PSQI, C1- qualidade de sono subjetiva e C7-disfunção diurna, foram sistematicamente relacionadas com todos os domínios do WHOQOL-Bref e a faceta geral. As análises de regressão hierárquicas mostraram que as componentes do PSQI adicionam um contributo significativo para a faceta geral da QdV e para os domínios físico e psicológico, após o controlo dos sintomas psicopatológicos. Os resultados sugerem que numa amostra não-clínica, constituída por adultos/jovens adultos maioritariamente saudáveis, existem associações significativas entre as várias componentes da qualidade de sono e os diversos domínios da QdV e que estas associações ocorrem independentemente dos sintomas psicopatológicos. São discutidas potenciais implicações destes resultados e a potencial relevância de consultas de sono no contexto do ensino superior português.

Keywords

Sleep, Quality of Life, Psychopathology, higher education students

Abstract

According to literature, the association between sleep quality and quality of life (QoL) in clinical samples diagnosed with sleep disorders (e.g. insomnia) or other medical conditions (e.g. cancer) has been studied in several investigations. However, very few studies have focused on the relationship between sleep quality and QoL in community samples of healthy young adults. The purpose of the present work was to analyze the associations between subjective sleep quality and several dimensions of QoL in higher education students. A secondary specific aim was to examine whether or not sleep quality would be a significant predictor of QoL after statistically controlling for psychopathological symptoms. A selected sample of 324 undergraduate and master degree students (65.7% women and 34.3% men), aged 17 to 47 years-old ($M = 20.89$, $SD = 2.85$) completed the Portuguese versions of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (orig. and Port. Version by Buysse et al., 1989), the WHOQOL-Bref (Port. version by Vaz-Serra et al., 2006) to measure QoL, and Brief Symptom Inventory (BSI) (Port. version by Canavarro, 2007) to measure psychopathological symptoms. After analyzing the results, it was found that all PSQI components were significantly associated (at least $p < .05$) with the QoL General Facet and with the Psychological and Physical QoL domains. As to the Environment QoL domain and the PSQI components, four statistically significant associations emerged; as to the Social Relationships QoL domain and the PSQI components, only two significant associations emerged. The strongest associations found were between the PSQI Component 1-Subjective Sleep Quality, and the Physical QoL domain ($r = -.546$, $p < .0001$), followed by the Psychological QoL domain ($r = -.446$, $p < .0001$). Two PSQI components, C1-Subjective Sleep Quality and C7-Daytime Dysfunction, were systematically associated with all WHOQOL-Bref domains and general facet. Hierarchical regression analyses further showed that the PSQI components added significant contributions to the general QoL facet, and to the Psychological and Physical QoL domains, after controlling for psychopathological symptoms. Our results suggest that in a non-clinical sample consisting of adults / young adults mostly healthy, there are numerous significant associations between several components of sleep quality and different facets of QoL, and that these associations emerge regardless of psychopathological symptoms. We discuss possible implications of these results and the potential relevance of sleep consultations in the context of Portuguese higher education.

Índice

Introdução	1
Método.....	8
Participantes	8
Instrumentos	9
Procedimentos	12
Análise estatística	12
Resultados.....	13
Discussão.....	22
Referências	26
Anexos	31

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=324)	9
Tabela 2: Análise descritiva do PSQI.....	13
Tabela 3: Análise descritiva do WHOQOL-Bref	14
Tabela 4: Análise descritiva do BSI	14
Tabela 5: Matriz de correlações de Pearson entre qualidade de vida e qualidade de sono	15
Tabela 6: Matriz de correlações de Pearson entre qualidade de vida e psicopatologia.....	16
Tabela 7: Matriz de correlações de Pearson entre qualidade de sono e psicopatologia.....	16
Tabela 8: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_DG em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI	17
Tabela 9: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D1 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI	18
Tabela 10: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D2 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI	19
Tabela 11: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D3 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI	19
Tabela 12: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D4 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI	20
Tabela 13: Sumário das Regressões Hierárquicas: domínios WHOQOL_Bref em função do índice geral de sintomas no BSI e da pontuação total no PSQI	21

Trabalhos resultantes da presente dissertação

Comunicação em painel:

Meia-Via, A., Marques, D., & Gomes, A.A. (accepted). *Quality of sleep and quality of life in higher education students*. Poster communication. World Congress on Sleep Medicine (WASM-2013), Valencia (Spain), 28 September - 2 October 2013.

Publicação:

Meia-Via, A., Marques, D., & Gomes, A. A. (*in press*). Quality of sleep and quality of life in higher education students [Abstract]. *Sleep Medicine*, 14 (Suppl.) [ISSN: 13899457. FI (5 anos) = 3.564].

Introdução

O sono é um estado comportamental reversível de desligamento da percepção e de alheamento pelo meio ambiente. Para além disso, o sono também pode ser definido como uma mistura complexa de processos psicológicos e comportamentais. Ao longo dos anos tem sido evidente o impacto do sono na saúde física e mental dos indivíduos (Kryger, Roth, & Dement, 2011). A privação do sono pode causar problemas a nível emocional, social, académico e profissional (Gaultney, 2010). As principais queixas após privação de sono passam por sonolência, fadiga, mal-estar, insónia, irritabilidade e diminuição das capacidades cognitivas (Kryger et al., 2011).

Vários estudos ao longo dos anos demonstraram que os problemas de sono são comuns em estudantes universitários (Altun, Cinar, & Dede, 2012; Cheng et al., 2012). Investigações recentes apontam no mesmo sentido com uma percentagem de 75% dos estudantes universitários a reportarem problemas de sono ocasionais como dificuldade em adormecer, distúrbios de sono e sonolência diurna excessiva (Wolfson, 2010). A maioria dos estudantes universitários, com a entrada no ensino superior, sofre uma série de mudanças como alterações na vida social com aumento das saídas à noite; saída de casa dos pais e consequente mudança do local habitual de dormir; diminuição do controlo parental (Carskadon & Davis, 1989); empregos a tempo parcial; horários menos estruturados; maior autonomia e avaliações menos contínuas e concentradas em períodos específicos (Alarcão, 2000). Todas estas alterações na vida do estudante vão ser responsáveis por modificações nos padrões de sono-vigília após o ingresso no ensino superior (Gomes, 2005).

Num estudo em contexto nacional acerca dos comportamentos e hábitos de sono em estudantes universitários portugueses verificou-se que estes reportaram durações de sono superiores mas menor frequência de sestas em comparação com estudos levados a cabo noutros países. Apresentaram também horas de deitar e levantar tardias e uma parte dos estudantes relatou dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, aspetos que costumam igualmente ser mencionados em estudos levados a cabo em alunos universitários de outros países. Para além disso, o sexo masculino apresentou horários de sono mais tardios e maior irregularidade no ciclo sono-vigília, enquanto que as mulheres reportaram maiores dificuldades relativas ao início/manutenção do sono. De entre os estudantes que reportaram ter problemas de sono, a queixa mais comum foi a insónia, seguida da sensação de dormir

demasiado ou necessitar de mais horas de sono e por último a obtenção de sono insuficiente em duração (Gomes, 2005; Gomes, Tavares, & Azevedo, 2009). Na mesma investigação, encontrou-se em 16.1% dos estudantes uma latência de sono superior a 30 minutos, em 7.5% dificuldades em adormecer 3 noites ou mais por semana, em 17.6% acordar pelo menos 2 vezes durante a noite e em 12.9% despertar espontaneamente mais cedo que o desejado pelo menos 3 noites por semana (Gomes, 2005). Valdez, Ramirez e Garcia já em 1996, evidenciaram que os estudantes universitários apresentam um padrão de sono irregular, caracterizado por uma curta duração de sono nos dias de semana e uma longa duração de sono nos fins-de-semana (i.e., padrão de restrição -extensão de sono) (Vieira, Gomes, & Marques, 2012).

A qualidade de sono, numa conceção abrangente, inclui aspetos quantitativos do sono, como duração do sono, latência do sono ou número de despertares. Também se refere a aspetos subjetivos como a profundidade ou avaliação auto relatada da qualidade de sono. Contudo, todos os elementos que caracterizam a qualidade do sono variam entre indivíduos (Buysse et al., 1989). Segundo alguns autores, pode-se constatar que parte dos estudantes universitários apresentam uma qualidade de sono pobre e uma restrição de sono apreciável (Gomes et al., 2009).

Qualidade de vida em estudantes universitários

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida (QdV) é o resultado da “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações”(Vaz-Serra et al., 2006, p.41). Deste modo, é entendida numa perspetiva multidimensional, que inclui a complexa influência de diversas variáveis. A QdV dos estudantes universitários é influenciada por diversos fatores tais como problemas psicológicos, reduzida interação social, baixa autoestima e desempenho académico (Arslan, Ayranci, Unsal, & Arslantas, 2009; Ducinskiene, Kalediene, & Petrauskiene, 2003). Os estudantes que percebem a sua QdV como mais elevada tiram mais partido dos serviços disponíveis na universidade, encontram-se melhor integrados no ambiente académico, bem como participam em mais atividades extracurriculares (Wrosch & Scheier, 2003). É importante assinalar que esta população tende a focar-se mais em objetivos a curto-prazo tendo em conta o tempo que permanece na universidade. Entre os

objetivos dos estudantes destaca-se a interação social, felicidade, saúde física e emocional e condições de vida satisfatórias, o que contrasta com objetivos longo-prazo preconizados por populações não estudantis, como por exemplo, oportunidades de desenvolvimento profissional e segurança relativamente ao trabalho (Ducinskiene et al., 2003).

A QdV dos estudantes universitários tem sido alvo de várias investigações. Diversos estudos demonstraram que é relativamente comum os estudantes envolverem-se em comportamentos de risco para a saúde o que contribui, conseqüentemente, para uma probabilidade aumentada de mortalidade (Bagdonaité 2000; Vainauskas 2000 cit. por Ducinskiene et al., 2003). Por exemplo, Ducinskiene et al. (2003) observaram, numa amostra de estudantes lituanos, que o domínio da saúde física da QdV foi o que obteve maiores pontuações, incluindo, adequadas atividades no dia-a-dia, energia suficiente, menos dor e desconforto, sono e descanso suficiente, e boa capacidade para o trabalho. Encontraram ainda diferenças significativas em função do ano frequentado, no domínio psicológico: os resultados obtidos no primeiro ano do curso foram significativamente mais baixos em comparação com os resultados obtidos nos estudantes universitários do terceiro ano, o que pode dever-se à contribuição dos fatores de stresse a que os estudantes estão sujeitos no início do período universitário (Pereira, 1997).

Também Guthrie et al. (1991) encontraram diferenças conforme o ano frequentado, com o bem-estar psicológico dos estudantes do último ano do curso de medicina a mostrar-se significativamente melhor comparativamente aos do primeiro ano. Existem indicadores que sugerem que os estudantes universitários são um grupo caracterizado por cansaço e preocupação acentuada, apresentando, com efeito, dificuldades em diversos campos que transcendem a componente académica, o que parece relacionar-se com o estado de saúde (i.e., física e mental) durante o período universitário em que se encontram (Raj, Simpson, Hopman, & Singer, 2000). Os estudos que referimos, bem como outros publicados mais recentemente embora apenas em estudantes de medicina (Krägeloh, Henning, Hawken, Zhao, Shepherd, et al, 2011; Paro, Morales, Silva, Rezende, Pinto, Morales, Mendonça, Prado, 2012; Zhang, Qu, Lun, Wang, Guo, & Liu, 2012), são ilustrativos do interesse que o estudo da qualidade de vida em estudantes universitários tem suscitado. Contudo, como veremos, muito poucas investigações têm focado a relação entre sono e qualidade de vida dos estudantes.

Psicopatologia em estudantes universitários

Nos últimos anos, os investigadores têm dirigido especial atenção para o estudo da psicopatologia em estudantes universitários, uma vez que esta parece estar a aumentar de frequência e intensidade nesta população (Hunt & Eisenberg, 2010; Santos, Pereira & Veiga, 2010). O ingresso no ensino superior é acompanhado por uma série de stressores que predis põem esta população à psicopatologia, como sobrecarga académica, pressão para o sucesso, competitividade, dificuldades financeiras e preocupações com o futuro (Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010).

De entre as várias investigações existentes nesta área, após um levantamento geral é possível destacar alguns mais pertinentes e atuais. Num estudo recente, 17% dos estudantes apresentaram pontuações elevadas em medidas de depressão e 10% em medidas de ansiedade (Hunt & Eisenberg, 2010). Segundo Silverman et al. (1997), estudantes do sexo masculino apresentam um risco elevado para cometer suicídio, enquanto que Eisenberg et al (2007) demonstraram que estudantes mulheres estão mais predispostas a desenvolver perturbação depressiva major e perturbações mediadas pela ansiedade (Hunt & Eisenberg, 2010). Numa outra investigação, com 763 universitários, mais de um terço foi sinalizado como sofrendo de um problema de saúde mental. Foi de igual modo evidente a ausência de consciência da necessidade de ajuda assim como da utilidade de recorrer aos serviços disponíveis (Zivin, Eisenberg, Gollust, & Golberstein, 2009). De acordo com Roberts et al. (2001), cerca de 47 % dos jovens relataram sofrer de pelo menos um problema de saúde mental. De entre os problemas que afetam esta população, os mais frequentemente encontrados são perturbações de ansiedade, depressivas e psicóticas (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2012).

Blanco, Okuda, Wright et al. (2008) compararam estudantes universitários e jovens adultos não estudantes e de um modo geral verificaram prevalências de psicopatologia similares. Especificamente no grupo de estudantes, cerca de metade preencheu os critérios do DSM-IV para pelo menos uma perturbação mental, incluindo 18% para perturbação de personalidade, 12% para perturbação de ansiedade e 11% para perturbação de humor. Investigações com estudantes turcos evidenciaram que 1 em cada 5 estudantes universitários (21,8%) sofrem de depressão (Arslan et al., 2009). Na mesma linha, Stallman (2010), utilizando uma amostra de estudantes australianos, concluiu que cerca de 83,9% reportaram elevadas pontuações em medidas de distresse. Comparativamente com a

população australiana em geral (cerca de 29% em medidas de distress) estes resultados são significativos. Os resultados obtidos permitem concluir que os estudantes universitários são uma população com elevado risco para diversos tipos de psicopatologias.

Foi realizado, em Portugal, um estudo com o objetivo de caracterizar a amostra de estudantes que recorreram às consultas de psicologia dos SASUA (serviço de ação social da universidade de Aveiro), durante o ano letivo de 2010/2011. Os resultados demonstraram que 76% dos pacientes foram diagnosticados com um quadro clínico segundo os critérios do DSM-IV-TR. Destes, destaca-se as perturbações de humor (43%) e as perturbações de ansiedade (30%). Seguem-se as perturbações de personalidade (13%) e as perturbações de adaptação e do comportamento alimentar (4%). Para além disso, problemáticas como conflitos interpessoais, dificuldades económicas, insucesso académico, orientação vocacional e luto foram também evidentes nos sujeitos que recorreram às consultas (Calado, Morais, Rocha, Amaral, Vagos, Direito, Torres, Abreu & Pereira, 2012). Outros estudos nacionais e internacionais idênticos com estudantes do ensino superior obtiveram resultados similares (Melo, Pereira, & Pereira, 2005; Pereira, Masson, Ataíde, & Melo, 2004; Pereira, Pina Fernandes, Dias, Gonçalves, Faria & McIntyre, et al., 2002).

Relação entre qualidade do sono, qualidade de vida e psicopatologia em estudantes

Um bom sono é importante para o bem-estar físico e psicológico (Dement, 2000). O sono agitado pode ser um sinal e sintoma de várias doenças e pode estar associado a uma diminuição na QdV. Um distúrbio de sono crónico pode aumentar o risco de acidentes e afastamento do trabalho bem como prejudicar a vitalidade, funcionamento social, doenças físicas e mentais, isto é, a QdV em geral (Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010).

De forma a examinar os hábitos de sono e saúde numa população não clínica, alguns estudos foram realizados usando questionários de autorresposta. Estes demonstraram que dormir 7-8 horas de sono por noite está positivamente associado a um estado de saúde e longevidade (Pilcher, Ginter, & Sadowsky, 1997). Para além disso, Lugaresi et al. (1983) e Hyypä et al. (1991) encontraram uma relação positiva entre uma boa qualidade de sono e estado de saúde (Pilcher et al., 1997). Marques e Isabel (2011), numa amostra clínica de pessoas com problemas respiratórios do sono, também concluíram que quando a qualidade de sono melhora, existe uma tendência para a QdV melhorar

simultaneamente. Segundo Dement (2000), uma pobre qualidade de sono acarreta consequências a diversos níveis, como por exemplo, comportamentos de risco, complicações na saúde e alterações na função cognitiva. Existem várias investigações que referem que uma pobre qualidade de sono nos estudantes universitários está associada a uma redução do bem-estar físico e psicológico (Buboltz et al., 2009; Pilcher et al., 1997). Pilcher et al. (1997) realizaram um estudo com uma amostra de estudantes universitários separados em dois grupos, um avaliado durante o final da época de exames e o outro avaliado durante o início do semestre. Os resultados demonstraram que uma pobre qualidade de sono está associada, significativamente, quer com várias queixas de saúde física e psicológica quer com elevado afeto negativo, menor satisfação com a vida em geral e sentimentos acrescidos de ansiedade, depressão, fadiga, raiva e confusão, em ambos os grupos. Por outro lado, as medidas de quantidade de sono, demonstraram que quanto menor a duração de sono/tempo na cama, tanto maiores os sentimentos de fadiga e confusão, verificado também em ambos os grupos. Também os indivíduos que demonstraram ter um sono de má qualidade reportaram em ambos os grupos elevada sonolência. Pilcher e Ott (1998) ao analisarem universitários em três momentos diferentes do semestre obtiveram resultados semelhantes (Gomes, 2005).

Souza (1996) comparou estudantes universitários de psicologia saudáveis, com e sem queixas de insónia de forma a avaliar a relação entre a QdV e insónia. Os resultados indicaram que a QdV dos estudantes sem queixas de insónia é melhor comparativamente à dos estudantes diagnosticados com insónia. Deste modo, o autor concluiu que a insónia afetou negativamente o bem-estar físico, o estado psicológico, o humor e os relacionamentos. Zammit (1988) também concluiu que estudantes saudáveis e bem adaptados reportam mais complicações psicológicas e somáticas aquando de uma noite com um sono pobre.

Existem também evidências que demonstram que uma pobre qualidade de sono associa-se a níveis maiores de depressão em alunos do ensino superior (Riemann et al. 2001; Ford et al. 2001 cit. por Moo-Estrella, Pérez-Benítez, Soltís-Rodríguez, & Arankowsky-Sandoval, 2005). No estudo de Regestein et al. (2010), estudantes universitários que reportaram ter um tempo de sono insuficiente ou curto, bem como deitarem-se tarde, apresentaram elevadas pontuações em medidas de depressão e os que se deitavam após as 2 horas da manhã apresentam maior risco para sintomatologia depressiva.

Outros autores referem que dificuldades no sono, especialmente insónia, se relacionam com perturbações de ansiedade (Hauri, 1992). Vollrath, Wicki e Angst (1989) ao analisarem a relação entre os sintomas de insónia e sintomas de distúrbios psicológicos em jovens adultos, verificaram que 12.9% dos indivíduos reportaram queixas de insónia e que esta se relacionou com elevados níveis em medidas de sintomas de depressão major, ansiedade generalizada, pânico e fobias (Taylor et al., 2011). Por seu turno, no nosso país, no que concerne às relações entre psicopatologia e sono em estudantes universitários, determinadas dimensões do perfeccionismo (Azevedo et al., 2009, 2010) e aspetos do comportamento alimentar (Bos et al., 2013; Soares et al., 2011) têm emergido como preditores de problemas em adormecer e outras dificuldades de sono.

Um estudo longitudinal com estudantes universitários foi realizado com o objetivo de analisar a relação entre o sono durante os anos na universidade e a depressão clínica e mal-estar psiquiátrico nos anos subsequentes (Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick, & Klag, 1997). Os resultados demonstraram que o risco de desenvolver depressão foi superior nos estudantes que apresentaram queixas de insónia durante o tempo que permaneceram na universidade comparativamente com aqueles que não reportaram problemas de sono. Para além disso, verificou-se também um risco acrescido nos participantes que mostravam dificuldades em dormir em situações stressantes durante a universidade. Alguns estudos idênticos apontaram no mesmo sentido (Breslau, Roth, & Rosenthal, 1996). Hall e Buysse et al. (1996), de forma a avaliarem a capacidade preditiva da qualidade de sono para sintomas de depressão e mal-estar psicológico, estudaram alunos universitários sem problemas de sono. Os resultados foram de encontro ao esperado, concluindo que uma pobre qualidade de sono se relaciona com um humor deprimido (Gomes, 2005). Para além da depressão, outros distúrbios psicológicos também se relacionam com a qualidade de sono em estudantes universitários. É o caso do estudo de Orsal, Orsal, Alparslan e Unsal (2012) que apoiou a hipótese de que a ansiedade e a qualidade de sono se afetam mutuamente. Por outro lado, problemas de sono como dificuldade em adormecer, acordares noturnos frequentes e a sensação de sono não reparador são sintomas característicos da maioria das perturbações psicológicas, em particular das perturbações de ansiedade (Hauri, 1992) e das perturbações depressivas (Reimann & Volderholzer, 2003).

O presente estudo teve como principal objetivo estudar a relação entre qualidade de sono e qualidade de vida, tendo ainda em consideração indicadores psicopatológicos, junto de uma amostra de estudantes universitários. Vários motivos justificam a pertinência da realização de um estudo sobre este tema, entre os quais destacamos: [i] em Portugal não temos conhecimentos de nenhum estudo focado na relação entre qualidade de sono e QdV em amostras de adultos/jovens adultos maioritariamente saudáveis; [ii] a nível da literatura de circulação internacional, muito poucos estudos publicados até ao momento estudaram a relação entre sono e QdV usando uma medida ampla de qualidade de vida como é exemplo o WHOQOL; e por último, [iii] apesar da associação entre sono e QdV estar bastante estudada em amostras clínicas com problemas médicos e de sono diversos, escasseiam estudos em amostras da comunidade, ou seja, ainda se sabe muito pouco sobre qual a relação entre sono e qualidade de vida em participantes supostamente saudáveis. Visto que, como já foi referido, a literatura disponível sugere que o comportamento de sono é supostamente fundamental para a QdV e está associado igualmente a uma vulnerabilidade acrescida para o desenvolvimento de psicopatologias, parece-nos de extrema importância analisar se estas associações serão também evidentes numa amostra de estudantes universitários para que, caso se justifique, estes dados possam ser posteriormente utilizados no delineamento e aperfeiçoamento de programas de prevenção e intervenção na qualidade de sono de estudantes do ensino superior.

Método

Participantes

Neste estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência constituída por 324 participantes que foram contactados na Universidade de Aveiro (UA), em contexto de sala de aula e também fora deste. Os participantes tinham em média 21 anos sendo maioritariamente: do sexo feminino (65,7%), a frequentar o 1º ciclo da universidade (66,7%), do regime ordinário (92,6%), tendo saído de casa dos pais para virem estudar para a UA (65,1%), vivendo em apartamentos (59,6%), reportando que os locais onde dormem habitualmente têm boas condições (bom = 44,1% e muito bom = 41,0%) e que consideraram não ter problemas de sono (88,6%) ou de saúde mental (95,7%) (cf. Tabela 1). Os critérios de inclusão dos participantes foram: (1) ter idade ≥ 17 anos (abrangendo, na prática, todos os estudantes do ensino superior), (2) frequentar um ciclo de estudos no ensino superior (foco no 1.º e 2.º ciclos) e (3) participação voluntária na investigação.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=324)

	M (DP)	Min-Max
Idade	20,89 (2,85)	17-47
N.º matrículas no ES	3,29 (1,51)	1-8
	n (%)	χ²
Sexo		
Masculino	111 (34,3%)	32,1*
Feminino	213 (65,7%)	
Curso		
Licenciatura	216 (66,7%)	486,5*
Mestrado	64 (19,8%)	
Mestrado Integrado	42 (13,0%)	
Doutoramento	1 (0,3%)	
Outro	1 (0,3%)	
Estatuto		
Aluno ordinário	300 (92,6%)	512,2*
Trabalhador-estudante	15 (4,6%)	
Outro	9 (2,8%)	
Saída de casa dos pais/familiares?		
Sim	211 (65,1%)	29,6*
Não	113 (34,9%)	
Tipo de habitação		
Apartamento	193 (59,6%)	270,4*
Residência Univ.	30 (9,3%)	
Casa/moradia	100 (30,9%)	
Outra	1 (0,3%)	
Local habitual de dormir (qualidade)		
Muito mau	4 (1,2%)	290,9*
Mau	3 (0,9%)	
Razoável	41 (12,7%)	
Bom	143 (44,1%)	
Muito bom	133 (41,0%)	
Problemas de sono		
Não	287 (88,6%)	192,9*
Sim	37 (11,4%)	
Problemas de saúde mental		
Não	310 (95,7%)	270,4*
Sim	14 (4,3%)	

*p<0,001

Instrumentos

Em termos dos instrumentos de avaliação utilizaram-se os seguintes:

- *Ficha de dados sociodemográficos e clínicos* – Esta ficha foi criada propositadamente para o presente estudo e permite obter dados demográficos como sexo, idade, ano de escolaridade, curso frequentado, estatuto enquanto aluno, se a entrada no Ensino Superior

implicou a saída de casa dos pais/familiares, tipo de habitação onde reside, local de dormir (qualidade), assim como dados clínicos (i.e., se considera que sofre ou não de problemas de sono e de problemas de saúde mental) (cf. Anexo 4).

- *Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono, versão portuguesa para Portugal* (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) (Buysse et al., 1989) – O PSQI mede a qualidade do sono durante o último mês permitindo diferenciar entre indivíduos com boa e má qualidade do sono. Este instrumento é constituído por 19 questões, sendo que contém ainda 5 questões adicionais para responder caso o indivíduo tenha um parceiro de cama habitual e/ou uma pessoa com quem partilhe o mesmo espaço onde dorme (cf. Anexo 5). Para efeitos de cotação do PSQI não são considerados os itens respeitantes ao companheiro(a) de quarto ou parceiro(a) de cama, ainda que estas questões tenham relevância clínica para efeitos de diagnóstico e tratamento. Os 19 itens encontram-se agrupados em 7 componentes nomeadamente, qualidade de sono subjetiva, latência de sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios de sono, uso de medicação para dormir e disfunção diária. As pontuações baseiam-se numa escala de *Likert* de 0-3, sendo quanto maior a pontuação pior a qualidade de sono. A soma das pontuações das 7 componentes varia entre 0 e 21, sendo que pontuações elevadas indicam pior qualidade do sono no último mês. As análises psicométricas realizadas neste estudo demonstraram um valor geral de α de Cronbach de 0,65, tendo em conta as 7 componentes do PSQI, o que indica um nível de consistência interna satisfatório, dadas as características do instrumento. Quando considerados os 16 itens, cotados na escala de *Likert*, o valor de α revelou-se adequado ($\alpha=0,76$) (Meia-Via et al., 2013, September). De acordo com um estudo português psicométrico anterior, com uma amostra idêntica à do presente trabalho, o instrumento apresentou valores semelhantes e igualmente satisfatórios de consistência interna tanto para as componentes ($\alpha=0,65$) como para os itens de tipo *Likert* do PSQI ($\alpha=0,74$) (Marques et al., 2013, September).

- *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida Breve da Organização Mundial de Saúde, versão portuguesa para Portugal* (Vaz-Serra et al., 2006) (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-Bref) (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004) – O WHOQOL-Bref permite avaliar a QdV de indivíduos adultos. É composto por 26 itens e

está organizado em 4 domínios, nomeadamente, Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (cf. Anexo 6). Cada domínio é constituído por um conjunto de facetas que são avaliadas cada uma através de uma pergunta. Este instrumento inclui ainda uma faceta sobre QdV em geral que é avaliada através de dois itens, um correspondente à QdV em geral e outro sobre a perceção geral de saúde. Os itens que compõem o instrumento foram formulados de acordo com a metodologia específica da Organização Mundial de Saúde (OMS) e estão organizados em escalas de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos. As escalas correspondem a quatro dimensões de avaliação, nomeadamente, intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Vaz-Serra et al., 2006). No presente estudo, a consistência interna avaliada através do alfa de Cronbach, apresentou valores aceitáveis quando se analisou cada domínio individualmente. O valor do α de Cronbach foi de 0,77 para o domínio físico, 0,78 no domínio psicológico, 0,64 para o domínio relações sociais e 0,71 no domínio ambiente (Meia-Via et al., 2013, September). Estes resultados são semelhantes e igualmente satisfatórios aos observados no estudo psicométrico do WHOQOL-Bref para português de Portugal, em que se observou um valor de consistência interna de 0.87 para o domínio físico, 0,84 para o domínio psicológico, 0,64 no domínio relações sociais e 0,78 no domínio ambiente (Vaz-Serra et al., 2006).

- *Inventário de Sintomas Psicopatológicos versão portuguesa para Portugal* (Canavarro, 2007) (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis, 1982/1993) – O BSI é um inventário de autorresposta composto por 53 itens que pretende avaliar uma vasta gama de dimensões de sintomas psicopatológicos num curto espaço de tempo. O indivíduo deve classificar o grau em que se sentiu incomodado por determinado problema durante a última semana, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes) (cf. Anexo 7). O BSI pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral (Canavarro, 2007). Este questionário está organizado em 9 dimensões de sintomatologia (i.e. somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e 3 índices globais (índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos) sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. A consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach, apresentou, no presente estudo, valores adequados quando se

analisou cada domínio individualmente e a pontuação total do BSI. O valor do α de Cronbach varia entre 0,84 para a dimensão 4 (depressão) e 0,68 para o domínio 9 (psicoticismo). Quando analisados os 53 itens, o valor de α foi de 0,96 (Meia-Via et al., 2013, September). Estes resultados são igualmente satisfatórios aos observados no estudo de adaptação do BSI para a população portuguesa, em que o valor de α de Cronbach variou entre 0,80 para a somatização e 0,62 para a ansiedade fóbica e psicoticismo (Canavarro, 2007).

Procedimentos

De forma a obter autorização para a utilização da escala original Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), foi contactado formalmente, via e-mail, o primeiro autor da escala (Dr. Daniel Buysse) (cf. Anexo 1). Após autorização do autor, foi-nos cedida a versão oficial, em português europeu elaborada pelo Mapi Research Institute em 2008. Do mesmo modo, foi também obtida formalmente a autorização do autor principal das versões portuguesas do WHOQOL-Bref e do BSI (Prof. Doutora Cristina Canavarro) mediante contacto e-mail (cf. Anexo 2). Numa segunda fase, e com o objetivo de obter o efetivo amostral (mínimo 300 participantes), foi pedida autorização aos docentes de várias unidades curriculares da Universidade de Aveiro para permitirem o preenchimento dos questionários nas respetivas aulas ou no final das mesmas. Alguns dos participantes foram contactados no *campus* universitário, fora do tempo de aulas. Antes do preenchimento do protocolo de avaliação foi explicado aos participantes qual o objetivo do estudo, as instruções para o preenchimento dos questionários e esclarecimento de que os dados recolhidos seriam anónimos e a participação voluntária, sendo que poderiam desistir a qualquer momento sem quaisquer consequências. O tempo estimado para o preenchimento do protocolo foi de 15-20 minutos (cf. Anexo 3). Os participantes inicialmente preencheram a ficha de dados demográficos, de seguida a escala PSQI, a escala WHOQOL-Bref e, por último, o BSI. Os estudantes dos 1.º e 3.º anos da Licenciatura em Psicologia foram bonificados pela participação neste estudo com créditos passíveis de serem utilizados em algumas unidades curriculares do mesmo curso.

Análise estatística

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS Statistics 19 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foram calculadas estatísticas

descritivas relativamente às variáveis sociodemográficas, especificamente, médias, desvios-padrão e Qui-Quadrado de aderência (χ^2) (para a comparação de frequências observadas com frequências esperadas), com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra. Ainda que se tenham verificado violações menores em pressupostos como a normalidade da amostra, optou-se por calcular estatísticas inferenciais paramétricos dado o elevado número de participantes (i.e., >30) (Pestana & Gageiro, 2005). Para se analisar a associação entre variáveis recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson (r). Foi utilizada também a técnica regressão linear múltipla hierárquica de forma a prever os resultados da variável QdV a partir de vários indicadores de psicopatologia e de qualidade de sono. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados

Análise Descritiva

Como se pode constatar na tabela 2, a pontuação global média no PSQI foi de 5,25 (DP=2,51), oscilando entre 0 e 17. As pontuações médias nas componentes variaram entre 0,1 (DP=0,36) na componente 4 (eficiência de sono habitual) e 1,16 (DP=0,72) na componente 7 (disfunção diurna).

Tabela 2: Análise descritiva do PSQI

Componentes*	Amostra total (n=324)	
	M (DP)	Min-Máx
C1	1,01 (0,57)	0-3
C2	1,02 (0,87)	0-3
C3	0,74 (0,76)	0-3
C4	0,1 (0,36)	0-3
C5	1,09 (0,46)	0-3
C6	0,14 (0,49)	0-3
C7	1,16 (0,72)	0-3
Total	5,25 (2,51)	0-17

*Legenda: C1= qualidade de sono subjetiva; C2= latência de sono; C3=duração de sono; C4=eficiência de sono habitual; C5=distúrbios de sono; C6=uso de medicação para dormir; C7= disfunção diurna.

Relativamente aos dados obtidos acerca da QdV, medidos pelo WHOQOL-Bref, a pontuação média no domínio geral foi de 73,23 (DP=12,85), oscilando entre 25 e 100. A pontuação média, nos restantes domínios, variou entre 74,61 (DP=12,81) no domínio físico e 67,12 (DP=11,26) no domínio ambiente. Deste modo, os estudantes avaliados

percecionam o seu ambiente (i.e. segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, transporte, entre outros) como o fator que mais contribui para uma pior QdV (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Análise descritiva do WHOQOL-Bref

Domínios*	Amostra total (n=324)	
	M (DP)	Min-Máx
WHOQOL_DG	73,23 (12,85)	25-100
WHOQOL_D1	74,61 (12,81)	32,1-100
WHOQOL_D2	69,16 (13,57)	29,2-100
WHOQOL_D3	73,01 (14,83)	25-100
WHOQOL_D4	67,12 (11,26)	25-96,9

* Legenda: WHOQOL_DG= domínio geral; WHOQOL_D1= domínio físico; WHOQOL_D2= domínio psicológico; WHOQOL_D3= domínio relações sociais; WHOQOL_D4= domínio ambiente.

Por último, a avaliação dos sintomas psicopatológicos dos estudantes do ensino superior, através do BSI, demonstrou uma pontuação média de 0,61 (DP=0,5) no índice geral de sintomas. É possível destacar a ansiedade fóbica como a dimensão com pontuação mais baixa (M=0,38; DP=0,52) e, por sua vez, as obsessões e compulsões com pontuação mais elevada (M=1,11; DP=0,69), em comparação com as restantes dimensões (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Análise descritiva do BSI

Dimensões/índices	Amostra total (n=324)	
	M (DP)	Min-Máx
Somatização	0,43 (0,49)	0-2,1
Obsessões e Compulsões	1,11 (0,69)	0-3,3
Sensibilidade Interpessoal	0,68 (0,64)	0-3,8
Depressão	0,78 (0,66)	0-3,7
Ansiedade	0,72 (0,62)	0-3,0
Hostilidade	0,81 (0,64)	0-3,2
Ansiedade Fóbica	0,38 (0,52)	0-3,2
Ideação Paranóide	0,84 (0,64)	0-2,8
Psicoticismo	0,57 (0,56)	0-2,6
Índice Geral de Sintomas	0,61 (0,49)	0-2,4
Índice de Sintomas Positivos	1,42 (0,37)	1-3
Total de Sintomas Positivos	24,23 (12,86)	1-52

Análise de Matrizes Correlacionais

De forma a analisar o grau de associação entre as variáveis, realizou-se análises de correlação. Relativamente à relação da *qualidade de vida* com a *qualidade de sono*, verificou-se que os domínios geral, físico e psicológico apresentam correlações inversas significativas ($p < 0,05$) com todas as componentes do PSQI bem como com a pontuação total do mesmo (cf. Tabela 5 e anexo 8). Por outro lado, o domínio das relações sociais apenas revelou correlações negativas significativas com a qualidade de sono subjetiva; disfunção diurna e PSQI total. O domínio ambiente demonstrou correlações inversas significativas com a qualidade de sono subjetiva; duração de sono; distúrbios de sono; disfunção diurna e PSQI total.

Tabela 5: Matriz de correlações de Pearson entre qualidade de vida e qualidade de sono

	Variáveis							PSQI_
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	TOTAL
WHOQOL_DG	-0,367**	-0,168*	-0,140*	-0,120*	-0,291**	-0,181*	-0,249**	-0,362**
WHOQOL_D1	-0,546**	-0,312**	-0,217**	-0,141*	-0,333**	-0,329**	-0,370**	-0,551**
WHOQOL_D2	-0,446**	-0,307**	-0,151*	-0,136*	-0,328**	-0,312**	-0,379**	-0,504**
WHOQOL_D3	-0,190*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,164*	-0,170*
WHOQOL_D4	-0,307**	n.s.	-0,133*	n.s.	-0,212**	n.s.	-0,164*	-0,256**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; n.s.: não significativo

Legenda: C1= qualidade de sono subjetiva; C2= latência de sono; C3=duração de sono; C4=eficiência de sono habitual; C5=distúrbios de sono; C6=uso de medicação para dormir; C7= disfunção diurna. WHOQOL_DG= domínio geral; WHOQOL_D1= domínio físico; WHOQOL_D2= domínio psicológico; WHOQOL_D3= domínio relações sociais; WHOQOL_D4= domínio ambiente.

Quanto à relação entre *qualidade de vida* e *sintomas psicopatológicos*, verificou-se que todos os domínios do WHOQOL-Bref, à exceção do domínio relações sociais, mostram correlações negativas significativas com todas as dimensões do BSI. Refira-se que a única relação que não atingiu significância estatística foi entre o domínio relações sociais e a somatização ($p > 0,05$) (cf. Tabela 6 e anexo 9).

Tabela 6: Matriz de correlações de Pearson entre qualidade de vida e psicopatologia

	Variáveis				
	WHOQOL_DG	WHOQOL_D1	WHOQOL_D2	WHOQOL_D3	WHOQOL_D4
SOMAT	-0,348**	-0,524**	-0,414**	n.s.	-0,374**
OBS_COMP	-0,274**	-0,607**	-0,614**	-0,250**	-0,349**
SENS_INT	-0,293**	-0,435**	-0,516**	-0,278**	-0,326**
DEPRESS	-0,353**	-0,542**	-0,648**	-0,334**	-0,359**
ANS	-0,299**	-0,539**	-0,526**	-0,142*	-0,346**
HOST	-0,286**	-0,469**	-0,462**	-0,202**	-0,348**
ANS_FOB	-0,228**	-0,356**	-0,321**	-0,145*	-0,303**
ID_PARAN	-0,290**	-0,402**	-0,456**	-0,283**	-0,363**
PSICOT	-0,308**	-0,487**	-0,560**	-0,319**	-0,341**

* p<0,05; **p<0,001; n.s.: não significativo

Legenda: WHOQOL_DG= domínio geral; WHOQOL_D1= domínio físico; WHOQOL_D2= domínio psicológico; WHOQOL_D3= domínio relações sociais; WHOQOL_D4= domínio ambiente

No que toca à relação entre *qualidade de sono e sintomas psicopatológicos* constatou-se que as componentes qualidade de sono subjetiva, distúrbios de sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna apresentam correlações positivas significativas com todas as dimensões avaliadas no BSI. Contudo, as componentes referentes à latência de sono, à duração de sono e à eficiência de sono não apresentaram relações significativas com todas as dimensões psicopatológicas (cf. Tabela 7 e anexo 10).

Tabela 7: Matriz de correlações de Pearson entre qualidade de sono e psicopatologia

	Variáveis								
	SOMAT	OBS_COMP	SENS_INT	DEPRESS	ANS	HOST	ANS_FOB	ID_PARA	PSICOT
C1	0,311**	0,331**	0,264**	0,330**	0,313**	0,300**	0,203**	0,224**	0,272**
C2	0,196**	0,279**	0,137*	0,205**	0,208**	0,227**	n.s.	n.s.	0,179*
C3	0,116*	0,125*	0,152*	0,168*	0,153*	0,142*	n.s.	0,128*	0,152*
C4	n.s.	n.s.	0,122*	n.s.	n.s.	0,138*	0,111*	n.s.	n.s.
C5	0,394**	0,353**	0,300**	0,321**	0,387**	0,349**	0,269**	0,282**	0,346**
C6	0,295**	0,307**	0,145**	0,251**	0,292**	0,181*	0,211**	0,127*	0,228**
C7	0,337**	0,452**	0,298**	0,414**	0,365**	0,371**	0,225**	0,288**	0,365**

* p<0,05; **p<0,001; n.s.: não significativo

Legenda: C1= qualidade de sono subjetiva; C2= latência de sono; C3=duração de sono; C4=eficiência de sono habitual; C5=distúrbios de sono; C6=uso de medicação para dormir; C7= disfunção diurna.

Análise de Regressão Múltipla Hierárquica

Com vista a analisar a contribuição da qualidade de sono e de indicadores psicopatológicos na previsão da QdV auto relatada dos estudantes universitários, bem como compreender a contribuição de cada uma separadamente, procedeu-se a análises de regressão linear múltipla hierárquica. Como critério de inclusão para estas análises, utilizou-se apenas as correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Tomando como variável critério *QdV geral* verificou-se que tanto a psicopatologia como a qualidade de sono contribuem significativamente para a QdV em geral, com cerca de 24% da variância explicada pelas duas variáveis. Contudo, verificou-se que para além da elevada percentagem esperada da psicopatologia (17%), a qualidade de sono por si só também contribui satisfatoriamente para a QdV em geral. Por outras palavras, a variável qualidade de sono acrescenta uma contribuição significativa para a QdV em geral de cerca de 8% (como indicado pelo incremento de R^2) (cf. Tabela 8).

Tabela 8: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_DG em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI

Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro Padrão	Estatísticas referentes à mudança no modelo				
					Incremento de R^2	Incremento de F	gl.	P (relativo a mudança de F)	Durbin- Watson
1	0,40a	0,165	0,141	11,910	0,165	6,908	(9, 314)	0,000	2,067
2	0,49b	0,241	0,201	11,487	0,075	4,359	(7, 307)	0,000	

a Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, Sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão.

b Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, Sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão, C1_qualidade de sono subjetiva, C2_latência de sono, C3_duração de sono, C4_eficiência de sono habitual, C5_distúrbios de sono, C6_uso de medicação para dormir, C7_disfunção diurna.

É importante referir que apesar destes resultados, apenas três componentes contribuíram significativamente para a QdV, nomeadamente, somatização ($\beta = -0,20$; $p < 0,05$), depressão ($\beta = -0,21$; $p < 0,05$) e qualidade de sono subjetiva ($\beta = -0,24$; $p < 0,001$). Pela análise dos coeficientes de regressão estandardizados (β), a qualidade de sono subjetiva foi a componente que melhor explicou a variância da QdV em geral.

À semelhança do observado para a QdV em geral, também para o *domínio físico da QdV* a psicopatologia e qualidade de sono contribuíram significativamente. Cerca de 54% da variância do domínio físico é explicada pelo conjunto dos dois modelos. Observando a

tabela 9, verifica-se que a qualidade de sono dos estudantes do ensino superior contribuiu cerca de 11% (como indicado pelo incremento de R^2) para o domínio físico da QdV, depois de se controlar o efeito das variáveis relacionadas com os indicadores psicopatológicos. Mais uma vez, a qualidade de sono acrescenta uma contribuição significativa na QdV, nomeadamente, no domínio físico.

Tabela 9: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D1 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI

Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro Padrão	Estatísticas referentes à mudança no modelo				
					Incremento de R^2	Incremento de F	gl.	P (relativo a mudança de F)	Durbin- Watson
1	0,658a	0,433	0,417	9,780	0,433	26,646	(9, 314)	0,000	1,992
2	0,736b	0,541	0,517	8,899	0,108	10,328	(7, 307)	0,000	

a Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão.

b Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão, C1_qualidade de sono subjetiva, C2_latência de sono, C3_duração de sono, C4_eficiência de sono habitual, C5_distúrbios de sono, C6_uso de medicação para dormir, C7_disfunção diurna.

Para além das componentes somatização ($\beta=-0,19$; $p<0,05$) e qualidade de sono subjetivo ($\beta=-0,33$; $p<0,001$), também a dimensão obsessivo-compulsiva se mostrou uma preditora significativa da QdV relativamente ao domínio físico ($\beta=-0,31$; $p<0,001$). Porém, constatou-se novamente, que a qualidade de sono subjetiva foi a componente que melhor explicou a variância.

Quanto aos resultados da regressão múltipla hierárquica, tendo como variável critério o *domínio psicológico da QdV*, observou-se que ambos os blocos contribuíram significativamente, explicando cerca de 54% da variância do domínio psicológico. Mais uma vez, a qualidade de sono acrescentou um contributo significativo de cerca de 6% (como indicado pelo incremento de R^2) para a QdV neste domínio (cf. Tabela 10). Verificou-se que para o domínio psicológico as componentes obsessivo-compulsivo ($\beta=-0,23$; $p<0,05$), depressão ($\beta=-0,36$; $p<0,001$) e qualidade de sono subjetivo ($\beta=-0,11$; $p<0,001$) são as únicas que contribuem significativamente para a sua variância. Neste caso, a depressão, foi a componente que melhor explicou a variância.

Tabela 10: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D2 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrã o	Estatísticas referentes à mudança no modelo				
					Incremento de R ²	Incremento de F	gl.	P (relativo a mudança de F)	Durbin- Watson
1	0,603a	0,480	0,466	9,923	0,480	32,262	(9,314)	0,000	1,865
2	0,737b	0,543	0,519	9,417	0,062	5,958	(7,307)	0,000	

a Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão.

b Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão, C1_qualidade de sono subjetiva, C2_latência de sono, C3_duração de sono, C4_eficiência de sono habitual, C5_distúrbios de sono, C6_uso de medicação para dormir, C7_disfunção diurna.

Os resultados da regressão hierárquica utilizando a variável *QdV domínio relações sociais* como critério encontram-se representados na tabela 11. Ao contrário do que se observou nas análises anteriores, constatou-se que a qualidade de sono não contribuiu significativamente para as relações sociais dos estudantes depois de se controlar o efeito da psicopatologia, pois as modificações introduzidas no modelo (nos valores de R² e F) não atingem significância estatística. Do mesmo modo, nenhuma componente da qualidade de sono contribuiu significativamente para a QdV. Contudo, observou-se que duas dimensões dos indicadores psicopatológicos contribuíram significativamente, nomeadamente, a depressão ($\beta=-0,27$; $p<0,05$) e a ansiedade ($\beta=0,32$; $p<0,05$). Pela análise dos coeficientes de regressão estandardizados (β), a depressão foi a componente que melhor explicou a variância da QdV, relativamente às relações sociais.

Tabela 11: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D3 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrão	Estatísticas referentes à mudança no modelo				
					Incremento de R ²	Incremento de F	gl.	P (relativo a mudança de F)	Durbin- Watson
1	0,403a	0,162	0,141	13,746	0,162	7,624	(8,315)	0,000	1,765
2	0,415b	0,172	0,146	13,707	0,010	1,905	(2,313)	0,151	

a Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão.

b Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão, C1_qualidade de sono subjetiva, C7_disfunção diurna.

Quanto à QdV no que diz respeito *ao ambiente*, os resultados indicaram que a psicopatologia e a qualidade de sono contribuem significativamente. Na tabela 12 observa-se que cerca de 23% da variância do ambiente é explicada pelas variáveis preditoras consideradas nos dois modelos. À semelhança dos domínios geral, físico e psicológico, a componente relativa à qualidade de sono acrescentou um contributo significativo de cerca de 3% (como indicado pelo incremento R^2) para o ambiente. Apesar destes resultados, apenas três componentes contribuíram significativamente para o domínio ambiente, nomeadamente, somatização ($\beta=-0,17$; $p<0,05$) ideação paranóide ($\beta=-0,17$; $p<0,05$) e qualidade de sono subjetiva ($\beta=-0,17$; $p<0,05$).

Tabela 12: Sumário da Regressão Hierárquica: WHOQOL_D4 em função das dimensões do BSI e das componentes do PSQI

Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro Padrão	Estatísticas referentes à mudança no modelo				
					Incremento de R^2	Incremento de F	gl.	P (relativo a mudança de F)	Durbin- Watson
1	0,444a	0,197	0,174	10,231	0,197	8,574	(9, 314)	0,000	1,932
2	0,477b	0,228	0,195	10,100	0,030	0,3051	(4, 310)	0,017	

a Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão.

b Preditores: (constante), Psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões e compulsões, hostilidade, ideação paranóide, somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão, C1_qualidade de sono subjetiva, C3_duração de sono, C5_distúrbios de sono, C7_disfunção diurna.

No geral, e considerando nesta fase como variáveis preditoras o índice geral de sintomas do BSI (IGS) e a pontuação total no PSQI, averiguou-se em que medida a psicopatologia e a qualidade de sono predizem cada um dos domínios da QdV anteriormente analisados. Verificou-se que ambos os blocos deram um contributo estatisticamente significativamente para os domínios geral, físico e psicológico da QdV. A qualidade de sono acrescenta uma contribuição elevada e significativa para estes domínios (como indicado pelo incremento de R^2), à semelhança do que se verificou nas análises em que se incluíram as diversas dimensões do BSI e do PSQI e não as pontuações totais (cf. Tabela 13). Por outro lado, para o domínio relações sociais e ambiente a contribuição da qualidade de sono não foi significativa, depois de se controlar o efeito do índice geral de sintomas, pois as modificações introduzidas no modelo (nos valores de R^2 e F) não atingem significância estatística (cf. Tabela 13).

Tabela 13: Sumário das Regressões Hierárquicas: domínios WHOQOL_Bref em função do índice geral de sintomas no BSI e da pontuação total no PSQI

		R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrão	Estatísticas referentes à mudança no modelo				Durbin- Watson
						Incremento de R ²	Incremento de F	g.l.	P (relativo a mudança de F)	
WHOQOL DG	1	0,370a	0,137	0,134	11,959	0,137	51,070	(1, 322)	0,000	2,014
	2	0,424b	0,179	0,174	11,679	0,043	16,633	(1, 321)	0,000	
WHOQOL D1	1	0,612a	0,375	0,373	10,131	0,375	193,229	(1, 322)	0,000	1,955
	2	0,676b	0,456	0,453	9,471	0,081	48,084	(1, 321)	0,000	
WHOQOL D2	1	0,630a	0,397	0,395	10,557	0,397	211,925	(1, 322)	0,000	1,725
	2	0,668b	0,446	0,443	10,135	0,049	28,419	(1, 321)	0,000	
WHOQOL D3	1	0,278a	0,077	0,074	14,269	0,077	26,961	(1, 322)	0,000	1,754
	2	0,281b	0,079	0,073	14,280	0,001	0,499	(1, 321)	0,480	
WHOQOL D4	1	0,422a	0,178	0,176	10,223	0,178	69,774	(1, 322)	0,000	1,912
	2	0,425b	0,181	0,176	10,221	0,003	1,142	(1, 321)	0,286	

a Preditores: (constante), Índice geral de sintomas

b Preditores: (constante), Índice geral de sintomas, pontuação total PSQI

Pela análise dos coeficientes de regressão estandardizados, o índice geral de sintomas ($\beta=-0,25$; $p<0,001$) e a pontuação total no PSQI ($\beta=-0,24$; $p<0,001$) contribuíram significativamente para o domínio geral. Tomando como variável critério o domínio físico, o IGS ($\beta=-0,45$; $p<0,001$) e o PSQI total ($\beta=-0,33$; $p<0,001$) são também significativos. Resultados idênticos foram observados para o domínio psicológico, IGS ($\beta=-0,50$; $p<0,001$); PSQI total ($\beta=-0,26$; $p<0,001$). No caso do domínio relações sociais, apenas o IGS ($\beta=-0,26$; $p<0,001$) contribuiu significativamente para a QdV. Por último, e semelhante ao anterior, o IGS ($\beta=-0,39$; $p<0,001$) evidenciou-se como a única variável significativa, quando tomada como variável de critério o domínio ambiente.

Discussão

Na presente investigação estudou-se a relação entre qualidade de sono e QdV tendo em consideração indicadores psicopatológicos, junto de uma amostra de estudantes universitários portugueses, recorrendo a questionários de autorresposta preenchidos pelos próprios. De acordo com a literatura, os problemas de sono podem afetar diversas áreas da vida bem como acarretar inúmeros problemas de saúde (Dement, 2000; Lund et al., 2010).

Os resultados obtidos sugerem que a QdV dos estudantes universitários parece ser influenciada de forma significativa pela qualidade de sono mesmo quando os indicadores de psicopatologia são controlados. A qualidade de sono apenas não contribui para predizer o domínio das relações sociais da QdV. Estes resultados vão de encontro aos encontrados em estudos similares por Pilcher et al. (1997) e por Buboltz et al. (2009), também em estudantes universitários, que referem que uma pobre qualidade de sono está associada a uma redução significativa do bem-estar físico e psicológico. Contudo, estes autores não controlaram a psicopatologia, contrariamente ao realizado no presente estudo, podendo ser essa variável a responsável pelos resultados. Também nos estudos de Souza (1996) e Zammit (1988) os estudantes universitários indicaram uma QdV melhor aquando uma noite de sono satisfatória.

Com a entrada no ensino superior, os estudantes universitários sofrem uma série de mudanças como alterações na vida social; saída de casa dos pais; diminuição do controlo parental, entre outras (Alarcão, 2000). Todas estas alterações na vida do estudante vão ser responsáveis por modificações nos padrões de sono-vigília após o ingresso no ensino superior (Gomes, 2005). Através da administração do PSQI, verificou-se que os universitários apresentam em média uma qualidade de sono no limiar do mau sono, com elevada pontuação para a disfunção diurna. Estes resultados vão de encontro ao esperado tendo em conta os dados de investigações acerca dos hábitos de sono em estudantes universitários portugueses utilizando instrumentos de autorresposta diferentes (Gomes, 2005; Gomes et al., 2009). O ingresso no ensino superior não só causa alterações ao nível da qualidade de sono mas também na QdV dos estudantes. Ducinskiene et al. (2003) verificaram que a QdV dos estudantes lituanos diminuía ao longo dos anos universitários, nomeadamente a saúde psicológica, devido à contribuição de fatores de stresse a que são expostos no início do período universitário. Por outro lado, observaram que a saúde física dos estudantes melhorava ao longo dos anos que permaneciam na universidade. Os nossos

resultados no WHOQOL-Bref, vão de encontro aos obtidos por Ducinskiene et al. (2003), uma vez que os participantes reportaram a saúde física como o domínio que contribui mais para a sua QdV. Os nossos resultados estão também de acordo com os do estudo de Guthrie et al. (1991).

Neste estudo, avaliou-se igualmente a psicopatologia dos estudantes uma vez que esta parece estar a aumentar de frequência e intensidade nesta população (Hunt & Eisenberg, 2010; Santos, Pereira & Veiga, 2010). Segundo Hunt e Eisenberg (2010), os estudantes universitários apresentam pontuações elevadas em medidas de depressão e ansiedade e, de acordo com Storrie et al. (2012), cerca de 47% dos jovens reportaram sofrer de problemas de saúde mental. Os resultados que encontrámos, através do BSI, vão ao encontro desta tendência, verificando-se que os estudantes da nossa amostra apresentam pontuações elevadas para sintomas obsessivo-compulsivos, ideação paranóide e hostilidade.

De uma forma geral, constata-se que os resultados obtidos vão na mesma direção de estudos semelhantes, uma vez que na literatura se propõe que uma pobre qualidade de sono em estudantes do ensino superior está associada a uma diminuição de variáveis relacionadas com a QdV, como o caso da saúde física ou psicológica auto relatadas (Buboltz et al., 2009; Gomes, 2005; Lund et al., 2010; Pilcher et al., 1997; Souza, 1996; Zammit, 1988). Contudo, parece que quase nenhum ou mesmo nenhum estudo até ao momento, avaliou a relação entre a qualidade de sono e a QdV de acordo com o WHOQOL em amostras de adultos/jovens adultos saudáveis. Deste modo, o presente estudo trouxe um contributo adicional ao estudar e evidenciar uma relação significativa entre QdV segundo o WHOQOL e a qualidade de sono neste grupo, não se devendo esta associação somente a indicadores psicopatológicos. É de referir que, nos resultados apresentados, verificou-se que a qualidade de sono subjetiva é a componente do PSQI que mais contribui para a QdV (exceto em termos de relações sociais). Isto sugere que as queixas de sono não são um epifenómeno de possíveis problemas psicológicos existentes, uma vez que podem tratar-se de sintomas causados por distúrbios de sono (Harvey, 2005).

Diversos autores encontraram como queixas ou problemas de sono mais comuns relatados por estudantes do ensino superior insónias, higiene inadequada do sono, atraso de fase e sonolência excessiva (Gomes, 2005; Gomes et al., 2009). A maioria dos indivíduos que apresenta um sono normal percebe o seu sono de forma precisa (Harvey & Tang,

2012). Por outro lado, grande parte dos indivíduos diagnosticados com insónia têm a tendência para sobrestimar o tempo de latência de sono, assim como subestimar o tempo total de sono, relativamente a medidas objetivas como a polissonografia (Harvey & Tang, 2012). Evidências sugerem que esta percepção distorcida do sono pode ocorrer nos vários subtipos de insónia incluindo insónia psicofisiológica, insónia associada à depressão e insónia associada a uma inadequada higiene do sono (Edinger & Fins, 1995; Hauri & Olmstead, 1983). Os estudos indicam que pode existir uma discrepância entre a percepção subjetiva e as medidas objetivas de sono. Deste modo, uma compreensão mais aprofundada acerca desta discrepância nos distúrbios de sono pode ser fundamental para a prevenção e tratamento da insónia (Harvey & Tang, 2012).

Os resultados do presente estudo vêm reforçar a influência da percepção subjetiva do sono uma vez que nas regressões hierárquicas múltiplas esta foi a única dimensão de sono que afetou de forma significativa a QdV. Estes dados são importantes dado que, se uma percepção errada do sono contribui para o desenvolvimento e/ou manutenção e agravamento da insónia, então intervir na percepção que os doentes têm do seu sono pode constituir um importante foco de atenção para o tratamento. Esta realidade vem reforçar o papel que os modelos e as estratégias cognitivas podem desempenhar no tratamento das perturbações de sono em contexto de ensino superior (Harvey & Tang, 2012).

Apesar destes resultados, temos que ter em atenção o fato de uma pobre qualidade de sono poder acompanhar as queixas de insónia e nestes casos a percepção dos indivíduos não é distorcida sendo necessário aplicar outras técnicas, que não envolvam diretamente a percepção, com o objetivo de melhorar a qualidade de sono. Exemplos de técnicas frequentemente utilizadas são, uma educação e higiene do sono, técnica de relaxamento, técnica de controlo de estímulo, técnica de restrição de tempo na cama, aumento da atividade física durante o dia e terapia cognitiva baseada na reestruturação e controlo cognitivo (Clemente, 2006). Por outro lado, e como referido anteriormente, certos indivíduos podem realmente apresentar uma percepção distorcida do seu próprio sono e nestes casos um dos objetivos principais a ter em conta na intervenção baseia-se na mudança de aspetos psicológicos básicos, nomeadamente a mudança da percepção de sono desses sujeitos. Em ambos os casos, o objetivo fundamental é melhorar a qualidade de sono e consequentemente a QdV.

Como principais limitações ao presente trabalho, salienta-se o facto dos critérios de

inclusão para a participação no estudo serem muito abrangentes, e o recurso a uma amostra não probabilística colocar problemas quanto à representatividade da amostra (Hill & Hill, 2005). Não se controlou / avaliou se os participantes estavam ou não a tomar algum tipo de medicação que interferisse com o padrão de sono ou destinado a melhorá-lo. Para além disso, a tradução do PSQI não foi realizada por investigadores e peritos portugueses. Ainda assim, para minimizar este aspeto, recorreu-se a uma tradução oficial da escala para português de Portugal. É de referir ainda, que o presente trabalho é um estudo transversal e por isso todos os resultados são apenas correlacionais, não permitindo inferir relações de causalidade. Apesar destas limitações, este estudo apresenta como pontos-fortes o tamanho da amostra, bem como as boas qualidades dos instrumentos utilizados (Hill & Hill, 2005).

São vários os fatores que podem influenciar a QdV dos estudantes universitários para além da qualidade de sono, tal como é enfatizado na literatura (Buboltz et al., 2009; Pilcher et al., 1997). Diversas investigações verificaram uma associação entre uma pobre qualidade de sono e níveis elevados de psicopatologia (Hauri, 1992; Regestein et al., 2010; Taylor et al., 2011). O presente estudo teve isso em conta controlando, deste modo, a psicopatologia de forma a observar o efeito da qualidade de sono na QdV dos estudantes, independente da psicopatologia. O presente trabalho permite acrescentar à literatura existente evidências empíricas da relação entre qualidade de sono e QdV numa aceção ampla, numa amostra de estudantes portugueses do ensino superior saudáveis, inexistente até ao momento. Deste modo, disponibiliza dados importantes para o delineamento e aperfeiçoamento de programas de prevenção e intervenção na qualidade de sono dos estudantes do ensino superior, em especial portugueses.

De forma a minimizar as limitações, propõe-se como estudo futuro recorrer a medidas de avaliação objetiva de sono como a polissonografia ou a atimetria como complemento aos questionários de autorresposta.

O presente estudo não só é relevante por ser um dos primeiros a avaliar a relação entre qualidade de sono e QdV em estudantes do ensino superior saudáveis como também pelo facto de os seus dados reforçarem a importância das consultas de sono nas universidades portuguesas. Ainda que o sono se caracterize como sendo um comportamento básico e essencial para o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, esta parece ser uma área da saúde desprezada pelos estudantes, associada a um desconhecimento acerca do sono bem como ao desrespeito pelas regras de higiene que lhes

estão associados (Gomes, 2005; Marques & Gomes, 2012). Como observado no presente estudo, várias outras investigações nacionais e internacionais têm verificado que os estudantes universitários apresentam problemas no comportamento de sono levando a repercussões na saúde em geral e no sucesso académico (Gomes, Tavares, & Azevedo, 2011; Paiva & Penzel, 2011). Deste modo, é bastante pertinente o funcionamento de consultas de sono dedicadas à avaliação e modificação de comportamentos de sono como já existente em algumas instituições, de que é exemplo a consulta psicológica do sono na Universidade de Aveiro.

Referências

- Alarcão, I. (2000). Para uma conceptualização dos fenómenos de insucesso/sucesso escolares no ensino superior. In J. Tavares & R. Santiago (Eds.), *Ensino superior: (In)sucesso académico* (pp. 11-23): Porto: Porto Editora.
- Altun, I., Cinar, N., & Dede, C. (2012). The contributing factors to poor sleep experiences in according to the university students: A cross-sectional study. *Journal of Research in Medical Sciences*, 557-561.
- Arslan, G., Ayrançi, U., Unsal, A., & Arslantas, D. (2009). Prevalence of depressive, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 114, 170-177.
- Azevedo, M.H.P., Soares, M.J., Bos, C.S., Gomes, A.A., Maia, B., Marques, M., Pereira, A.T., & Macedo, A. (2009). Perfectionism and sleep disturbance. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10 (3), 225-233.
- Azevedo, M.H., Bos, S.C., Soares, M.J., Marques, M., Pereira, A.T., Maia, B., Gomes, A.A., & Macedo, A. (2010). Longitudinal study on perfectionism and sleep disturbance. *World Journal of Biological Psychiatry*, 11 (2 Pt 2), 476-485.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., & et al. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1429-1437.
- Bos, S.C., Soares, M.J., Marques, M., Maia, B., Pereira, A.T., Nogueira, V., Valente, J., & Macedo, A. (2013). Disordered eating behaviors and sleep disturbances. *Eating Behaviors*, 14 (2), 192-198.
- Breslau, N., Roth, T., & Rosenthal, L. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological psychiatry*, 39, 411-418.
- Buboltz, W., Jenkins, S., Soper, B., Wolker, K., Johnson, P., & Faes, T. (2009). Sleep habits and patterns of college students: An expanded study. *Journal of College Counseling*, 12, 113-124.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.

- Calado, C., Morais, A., Rocha, A., Amaral, V., Vagos, P., Direito, I., Torres, A., Abreu, O. & Pereira, A. (2012). Consultas de psicologia nos serviços de ação social da universidade de Aveiro. A. M. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira e P. Vagos (Eds.). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas. Actas do I Congresso Nacional da RESAPES* (pp. 291-299). Aveiro: Universidade de Aveiro, RESAPES.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. II). Coimbra: Quarteto.
- Carskadon, M. A., & Davis, S. S. (1989). Sleep-wake patterns in the high-school-to-college transition: Preliminary data. *Sleep Research*, 18, 113.
- Chang, P., Ford, D. E., Mead, L. A., Cooper-Patrick, L., & Klag, M. J. (1997). Insomnia in young men and subsequent Depression. *American Journal of Epidemiology*, 146(2), 105-114.
- Cheng, S. H., Shin, C. C., Lee, H., Hou, Y. W., Chen, K. C., Chen, K. T., . . . Yang, Y. C. (2012). A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Research*, 197, 270-274.
- Clemente, V. (2006). Como tratar doentes com insónia crónica? O contributo da psicologia clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 635-344.
- Dement, W. C. (2000). History of sleep physiology and medicine. In T. R. M. H. Kryger, & W. C. Dement (Ed.), *Principles and practice of sleep medicine* (3º ed., pp. 51-73). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Ducinskiene, D., Kalediene, R., & Petrauskiene, J. (2003). Quality of life among Lithuanian university students. *Acta Medica Lituanica*, 10.
- Edinger, J. D., & Fins, A. I. (1995). The distribution and clinical significance of sleep time misperceptions among insomniacs. *Sleep*, 18, 232-239.
- Gaultney, J. F. (2010). The prevalence of sleep disorders in college students: Impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91-97.
- Gomes, A. A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gomes, A. A., Tavares, J., & Azevedo, M. H. P. d. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Medica Portuguesa*, 22(5), 545-552.
- Gomes, A. A., Tavares, J., & Azevedo, M. H. P. d. (2011). Sleep and academic performance in undergraduates: A multi-measure, multi-predictor approach. *Chronobiology International*, 28(9), 786-801.
- Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., Campbell, M., & Creed, F. (1991). Psychological stress and burnout in medical students: A five-year prospective study. *Journal of Social Medicine*, 237-243.
- Harvey, A. G. (2005). A cognitive theory and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 41-59.
- Harvey, A. G., & Tang, N. K. Y. (2012). (Mis)perception of sleep in insomnia: A puzzle and a resolution. *Psychological Bulletin*, 138(1), 77-101.

- Hauri, P. (1992). Sleep disorders: Current concepts. *Kalamazoo, MI: The Upjohn Company*.
- Hauri, P., & Olmstead, E. M. (1983). What is the moment of sleep onset for insomniacs? *Sleep*, 6, 10-15.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.): Edições Sílabo.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46, 3-10.
- Krägeloh C.U., Henning M.A., Hawken S.J., Zhao Y., Shepherd D., et al. (2011) Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Education for Health* (Abingdon), 24(2).
- Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (2011). Normal human sleep: An overview. In M. A. Carskadon & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5º ed., pp. 16-26): Saunders.
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46, 124-132.
- Marques, D., & Gomes, A. A. (2012). Criação de uma consulta de sono no âmbito das consultas de psicologia da UA: Apresentação e primeiros dados. In D. A. Vieira, A. Ferreira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, S. Pinto & A. Pereira (Eds.). *Apoio psicológico no ensino superior: um olhar sobre o futuro. II Congresso Nacional RESAPES-AP* (pp. 189-195): Porto: ISCAP.
- Marques, D., Gomes, A., Meia-Via, A., Salgueiro, A., Teixeira, C., Ribeiro, J., & Dischler, R. (2013, September). *Reliability and preliminary validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in a sample of Portuguese undergraduates*. Poster accepted for presentation at the World Congress on Sleep Medicine, Valencia, Spain.
- Marques, I., & Isabel, R. (2011). Avaliação da qualidade de vida após programa de intervenção direccionado à melhora da qualidade do sono. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 24-31.
- Meia-Via, A., Marques, D., & Gomes, A. (2013, September). *Quality of sleep and quality of life in higher education students*. Poster accepted for presentation at the World Congress on Sleep Medicine, Valencia, Spain.
- Melo, A. C., Pereira, A. P., & Pereira, A. (2005). Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior: investigação e intervenção. In A. Pereira & E.Motta (Eds.), *Actas do Congresso Nacional* (pp. 195-199). Coimbra: Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.
- Moo-Estrella, J., Pérez-Benítez, H., Soltís-Rodríguez, F., & Arankowsky-Sandoval, G. (2005). Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Archives of Medical Research*, 36, 393-398.
- Orsal, O., Orsal, O., Alparslan, G., & Unsal, A. (2012). Evaluation of the relation between quality of sleep and anxiety among university students. *HealthMed*, 6(7), 2244-2255.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono: Manual prático*. Lisboa: Lidel.
- Paro H.B., Morales N.M., Silva C.H., Rezende C.H., Pinto R.M., Morales R.R., Mendonça T.M., Prado M.M. (2012). Health- related quality of life of medical students. *Medical Education*. 44(3):227-35.
- Pereira, A. M. S. (1997). Helping students cope: peer counselling in higher education. PhD Dissertation [Dissertação de Doutoramento]. University of Hull, Hull, UK.
- Pereira, A., Masson, A., Ataíde, R., & Melo, A. (2004). Stress, ansiedade e distúrbios emocionais em


- estudantes universitários. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 229-325). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, A. S., Pina Fernandes, C., Dias, G. F., Gonçalves, I. C., Faria M. C., & McIntyre, T. M., et al. (2002). A situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal, Ano de 2012 – Contexto e Justificação (volumes I e II). *RESAPES-Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior*.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.): Edições Sílabo.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 583-596.
- Raj, S. R., Simpson, C. S., Hopman, W. M., & Singer, M. A. (2000). Health-related quality of life among final-year medical students. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 509-510.
- Regestein, Q., Natarajan, V., Pavlova, M., Kawasaki, S., Gleason, R., & Koff, E. (2010). Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry Research*, 176, 34-39.
- Reimann, D., & Volderholzer, U. (2003). Primary insomnia: A risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders*, 76(255-259).
- Santos, L., Pereira, A. & Veiga, F. (2010). Será que a saúde mental dos estudantes universitários tem vindo a piorar? Revisão de literatura. In A. M. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira e P. Vagos (Eds.). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas. Actas do I Congresso Nacional da RESAPES* (pp. 525-531). Aveiro: Universidade de Aveiro, RESAPES
- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Soares, M.J., Macedo, A., Bos, S.C., Maia, B., Marques, M., Pereira, A.T., Gomes, A.A., Valente, J., Nogueira, V., & Azevedo, M.H. (2011). Sleep disturbances, body mass index and eating behaviour in undergraduate students. *Journal of Sleep Research*, 20 (3), 479-486.
- Souza, J. C. R. P. d. (1996). Quality of life and insomnia in university psychology students. *Human Psychopharmacology*, 11, 169-184.
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257.
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2012). A systematic review: Students with mental health problems - A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 1-6.
- Taylor, D. J., Gardner, C. E., Bramoweth, A. D., Williams, J. M., Roane, B. M., Grieser, E. A., & Tatum, J. I. (2011). Insomnia and mental health in college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 9, 107-116.
- Tosevski, D., Milovancevic, M., & Gajic, S. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 48-52.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização

- mundial de saúde (WHOQOL-bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Vieira, A., Gomes, A. A., & Marques, D. (2012). Implementação de um programa de educação de sono em universitários da UA: Caracterização e resultados preliminares. In D. Vieira, A. Ferreira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, S. Pinto & A. Pereira (Eds.). *Apoio psicológico no ensino superior: um olhar sobre o futuro. II Congresso Nacional RESAPES-AP* (pp. 183-188): Porto: ISCAP
- Wolfson, A. (2010). Adolescents and emerging adults sleep patterns: New developments. *Journal of Adolescent Health*, 46, 97-99.
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(Suppl.1), 59-72.
- Zammit, G. K. (1988). Subjective ratings of the characteristics and sequelae of good and poor sleep in normals. *Journal of clinical psychology*, 44, 123-130.
- Zhang Y., Qu B., Lun S., Wang D., Guo Y., & Liu, J. (2012). Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHOQOL-BREF. *Plos One*.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117, 180-185.

Anexos

Anexo 1.
Pedido de Autorização PSQI

permission request - PSQI



Ana Allen Gomes [ana.allen@ua.pt]
quarta-feira, 10 de Outubro de 2012 17:53

Para: buyssedj@upmc.edu
Cc: drmarques@ua.pt; Ana Meia-Via; Carolina Carlos; Ana Salgueiro; Joana Ribeiro; Raphaelle Dischler

Dear Prof. Doctor Buysse,

I am an assistant professor of psychology at the University of Aveiro, and I am supervising two academic research projects, with the help of a clinical psychologist Dr. Daniel Marques. We would like to use the Portuguese for Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in two non-commercial research studies:

1. One research project will be developed by a team of four undergraduate degree psychology students, and our aim would be to study the psychometric properties of the PT version of the PSQI in an undergraduate sample (students: C. Carlos; A. Salgueiro; J. Ribeiro & R. Dischler);
2. The second research project will be developed by a master degree student for her dissertation, and our aim will be to study the association between sleep quality and quality of life (Master degree student: A. Meiavia).

Thus, we would like to kindly request your permission to use the Portuguese for Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Of course will appropriately cite your article in all resulting publications, publications, etc

Reference:
Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: Psychiatry Research, 28:193-213, 1989.

Looking forward to hearing from you,

Yours sincerely,

Ana Allen Gomes
Dep. Education. Univ. Aveiro. Campus Universitário de Santiago. 3810-193 Aveiro, Portugal.

P.S. This email is sent with full knowledge of all students, as well as Dr. Daniel Marques who will assist me in the supervision of these research projects.

Anexo 2.

Pedido de autorização BSI e WHOQOL-Bref

From: [Ana Meia-Via](#)
Sent: Thursday, October 11, 2012 7:15 PM
To: mccanavarro@fpce.uc.pt
Cc: drmarques@ua.pt; ana.allen@ua.pt
Subject: Pedido de autorização para utilização do BSI e WHOQOL-Bref

Cara Prof. Doutora Cristina Canavarro,

Chamo-me Ana Maria Meiavia e sou aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Aveiro. Estou a preparar a minha investigação de mestrado sobre o tema: "Relação entre qualidade de sono, qualidade de vida e indicadores psicopatológicos junto de uma amostra de estudantes universitários" sob a orientação da Prof. Doutora Ana Allen Gomes (Prof. Auxiliar da Univ. Aveiro) e do Mestre Daniel Marques (Doutorando em Psicologia pela Univ. de Aveiro e Bolseiro da FCT).

Neste sentido, venho pedir-lhe a permissão para utilizar o BSI e o WHOQOL-Bref na minha investigação assim como os materiais relacionados. Pode encontrar, em anexo, os formulários solicitados respetivamente preenchidos.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade.

Aguardo a sua resposta.

Melhores Cumprimentos,

Ana Maria Soares Meiavia

FW: Instrumento de Avaliação WHOQOL-Bref (resposta)



Ana Meia-Via

sexta-feira, 12 de Outubro de 2012 21:03

Para: drmarques@iol.pt

Cc: ana.allen@ua.pt

Anexos: WHOQOL-BREF.zip (206 KB)

De: Cláudia Melo [claudiasmelosilva@gmail.com]

Enviado: sexta-feira, 12 de Outubro de 2012 19:52

Para: Ana Meia-Via

Assunto: Re: Instrumento de Avaliação WHOQOL-Bref

Cara Dra. Ana Meia-Via, Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente: - a versão para português de Portugal do instrumento; - manual de aplicação e cotação; - sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whogolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Melo.

FW: Pedido de autorização para utilização do BSI e WHOQOL-Bref (resposta)



Ana Meia-Via

sexta-feira, 12 de Outubro de 2012 21:02

Para: drmarques@iol.pt

Anexos: (2) Transferir todos os anexos

BSI.pdf (39 KB) [Open in Browser]; 2007_Inventario_de_Sintoma~1.pdf (7 MB) [Open in Browser]

De: Maria Cristina Canavarro [mccanavarro@netcabo.pt]

Enviado: quinta-feira, 11 de Outubro de 2012 23:35

Para: Ana Meia-Via

Cc: Melo Cláudia

Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização do BSI e WHOQOL-Bref

Cara Dra. Ama Meia-Via,

Está autorizado a utilizar a versão Portuguesa do BSI, da qual sou autora e que envio em anexo.

Para conhecer dados relativos aos procedimentos de passagem e cotação, bem como informação sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar bibliografia indicada na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>. (Envio, em anexo, cap. de livro esgotado).

Cumprimentos da

Maria Cristina Canavarro

PS- A Dra. Cláudia Melo fará o favor de lhe fazer chegar a documentação relativa ao WHOQOL-Bref

Anexo 3.
Consentimento Informado

INVESTIGAÇÃO

Caro(a) participante,

Somos alunas da Licenciatura em Psicologia e do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro e no âmbito dos nossos cursos (Unidade Curricular de Investigação Independente do 3.º ano da Licenciatura em Psicologia e Dissertação de Mestrado), estamos a realizar um estudo sobre qualidade do sono em estudantes universitários. Pretendemos contribuir para a validação de um dos instrumentos clínicos mais utilizados na área da medicina do sono. Os principais objetivos deste trabalho são o de obter dados da população portuguesa que permitam a sua utilização no nosso país e que possam auxiliar os profissionais que lidam com problemas/distúrbios de sono na sua prática clínica assim como estudar associações/relações entre qualidade de sono, qualidade de vida e indicadores de psicopatologia em estudantes universitários.

Para tal, pedimos-lhe que preencha alguns questionários. O preenchimento total deverá rondar os 15 minutos. Note que os seus dados serão utilizados meramente para fins estatísticos, sendo garantido o total anonimato. Caso não queira participar nesta investigação bastará devolver o questionário em branco. A sua participação é inteiramente voluntária.

Caso tenha alguma questão, queira por favor contactar um dos investigadores responsáveis presentes. A sua participação é fundamental!

Desde já, muito obrigado pela sua colaboração!

A Equipa de Investigação.

Anexo 4.

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

1. Idade: ____ anos.

2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

3. N.º de matrículas no Ensino Superior: ____

4. Ano de escolaridade em que se encontra atualmente: ____

4.1. Que curso está a frequentar neste momento?

☐ Licenciatura. Indique, por favor, o nome do curso: _____.

☐ Mestrado. Indique, por favor, o nome do curso: _____.

☐ Mestrado Integrado. Indique, por favor, o nome do curso: _____.

☐ Doutoramento. Indique, por favor, o nome do curso: _____.

☐ Outro. Especificar qual: _____.

5. Estatuto: ☐ Aluno ordinário

☐ Trabalhador estudante

☐ Outro: Qual _____.

6. O ingresso na UA implicou a saída de casa dos pais / familiares? Sim ☐ Não ☐

7. Tipo de habitação onde habitualmente dorme durante o período de aulas:

☐ Apartamento ☐ Residência universitária ☐ Casa/Moradia ☐ Outra: _____

8. Como classifica o seu local habitual de dormir durante o período de aulas quanto à qualidade?

☐ Muito Mau ☐ Mau ☐ Razoável ☐ Bom ☐ Muito Bom

9. Acha que tem algum problema de sono?

Não ☐ Sim ☐ Por favor, descreva sucintamente _____.

10. Considera que sofre (ou já lhe foi diagnosticado) de algum problema de saúde mental?

Não ☐ Sim ☐ Por favor, descreva sucintamente _____.

Anexo 5.

Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono (versão portuguesa)

Pág. 1 de 4

Iniciais do paciente _____ ID# _____ Data _____ Hora _____

QUESTIONÁRIO DE PITTSBURGH SOBRE A QUALIDADE DO SONO

INSTRUÇÕES:

As perguntas que se seguem referem-se aos seus hábitos de sono normais ao longo do último mês (últimos 30 dias). As suas respostas devem indicar a opção que representa a maioria dos dias e noites ao longo do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Ao longo do último mês, normalmente a que horas se deita?
HORA DE DEITAR _____
2. Ao longo do último mês, normalmente quantas vezes adormece cada noite?
NUMERO DE VEZES _____
3. Ao longo do último mês, normalmente a que horas se levanta pela manhã?
HORA DE LEVANTAR _____
4. Ao longo do último mês, quantas vezes acordou durante a noite?
NUMERO DE VEZES _____

Para cada uma das perguntas seguintes, escolha a resposta mais adequada. Por favor, responda a todas as perguntas.

- Quantas vezes teve problemas relacionados com o sono por ...
- a) ... não conseguir adormecer no espaço de 30 minutos
Não ocorreu no último mês _____ Menos do que uma vez por semana _____ Uma ou duas vezes por semana _____ Três ou mais vezes por semana _____
 - b) ... acordar a meio da noite ou muito cedo
Não ocorreu no último mês _____ Menos do que uma vez por semana _____ Uma ou duas vezes por semana _____ Três ou mais vezes por semana _____
 - c) ... ter de se levantar para ir à casa-de-banho
Não ocorreu no último mês _____ Menos do que uma vez por semana _____ Uma ou duas vezes por semana _____ Três ou mais vezes por semana _____

d) ...não conseguir respirar comodamente

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

e) ...tossir ou ressonar alto

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

f) ...sentir demasiado frio

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

g) ...sentir demasiado calor

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

h) ...ter pesadelos

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

i) ...ter dores

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

j) ...outra(s) razão/razões

Ao longo do tempo, tem tido problemas em dormir por esse(s) motivo(s)?

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

6. Ao longo do tempo, como classificaria a qualidade geral do seu sono?

Muito boa _____

Moderadamente boa _____

Moderadamente má _____

Muito má _____

7. Ao longo do último mês, quantas vezes tomou medicamentos para o ajudarem a dormir (receitados ou de venda livre)?

Não ocorreu no último mês _____ Menos do que uma vez por semana _____ Uma ou duas vezes por semana _____ Três ou mais vezes por semana _____

8. Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas em manter-se acordado enquanto conduzia, às refeições ou ao participar em actividades sociais?

Não ocorreu no último mês _____ Menos do que uma vez por semana _____ Uma ou duas vezes por semana _____ Três ou mais vezes por semana _____

9. Ao longo do último mês, até que ponto foi um problema suficiente para realizar as tarefas necessárias?

Nenhum problema _____

Apenas um problema muito ligeiro _____

Algum problema _____

Um problema muito grande _____

10. Partilha a cama ou o quarto com:

Não partilha com ninguém _____

Partilha com alguém no mesmo quarto _____

Partilha com alguém mas noutra cama _____

Partilha com alguém noutra cama _____

Se partilha a cama ou o quarto com alguém, pergunte-lhe quantas vezes, ao longo do último mês, você:

- a) ...respirou

Não ocorreu no último mês _____ Menos do que uma vez por semana _____ Uma ou duas vezes por semana _____ Três ou mais vezes por semana _____

- b) ...fez pausas longas entre respirações enquanto dormia

Não ocorreu no último mês _____ Menos do que uma vez por semana _____ Uma ou duas vezes por semana _____ Três ou mais vezes por semana _____

c) ...teve contrações musculares ou movimentos bruscos das pernas durante o sono

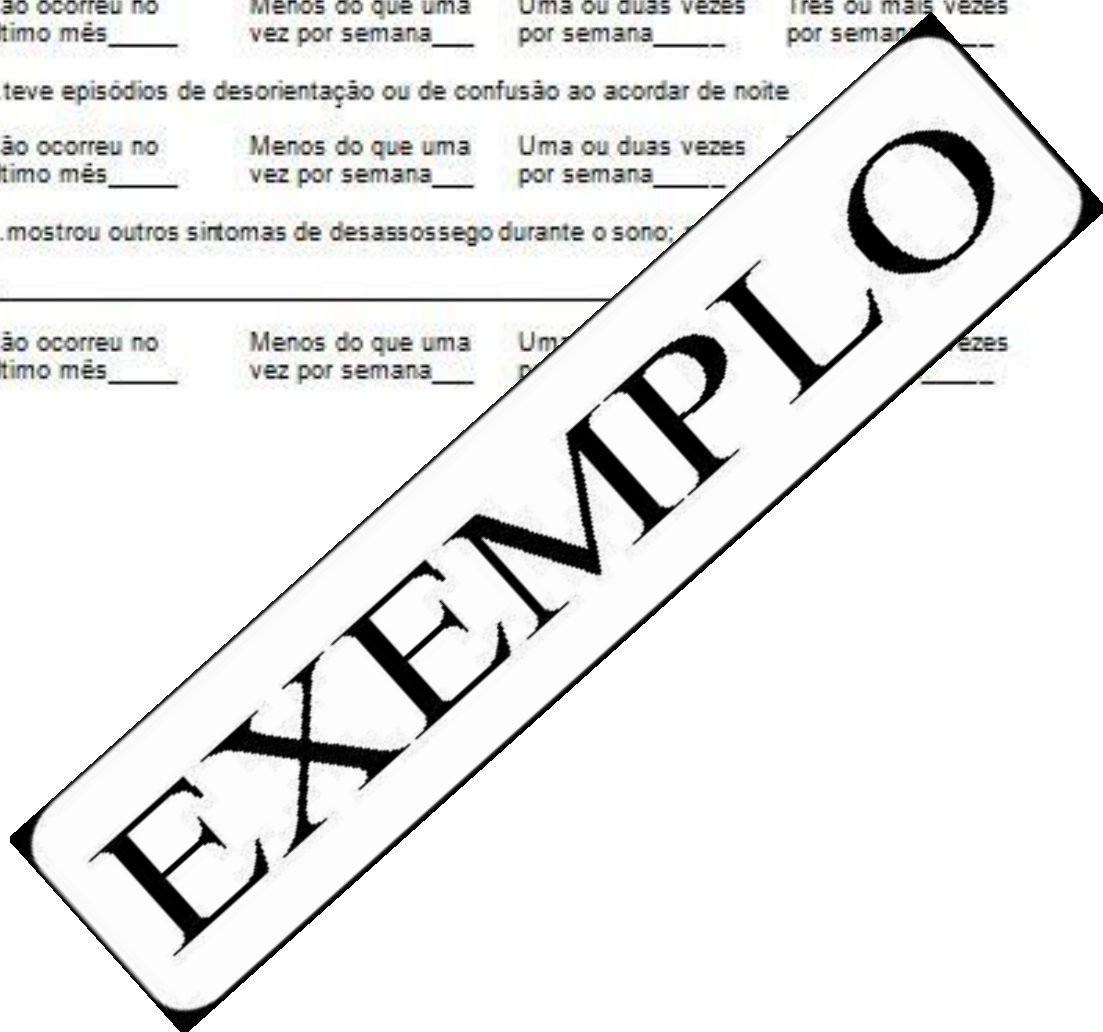
Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
-----------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------------

d) ...teve episódios de desorientação ou de confusão ao acordar de noite

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____
-----------------------------------	---	--------------------------------------

e) ...mostrou outros sintomas de desassossego durante o sono:

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
-----------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------------



Buyssse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: *Psychiatry Research*, 25:193-213, 1989.

ImvP3.P50 (4/2002)

P50 - Portugal/Portuguese - Version of 15 Sep 05 - Magi Research Institute

Anexo 6.

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida Breve da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, e o número 1 se tivesse recebido pouco ou nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela e marque um número na escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	5
		Muito Insatisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	3	5

As perguntas seguintes referem-se às coisas que fez e às coisas que sentiu nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
3 (F1)	Quão satisfeito se sente com a sua vida?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Quão satisfeito se sente com a sua vida?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Bom	Muito Bom
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2			

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu de uma determinada maneira em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?			4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?			3	4
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para trabalhar?			3	4
19 (F6.3)	Até que ponto consegue controlar os seus sentimentos?		2	3	4
20 (F13.3)	Até que ponto consegue controlar os seus pensamentos?		2	3	4
21 (F15.3)	Até que ponto consegue controlar os seus sentimentos e pensamentos?	1	2	3	4
22 (F14.4)	Até que ponto consegue controlar os seus sentimentos e pensamentos?	1	2	3	4
23 (F17.3)	Até que ponto consegue controlar os seus sentimentos e pensamentos?	1	2	3	4
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 7.
Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI					
L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995					
A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.					
Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se sobre os seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de estranhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio de multidões, lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em lidar com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de nervos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 8.

Matriz de correlações de Pearson entre Qualidade de Vida e Qualidade de Sono

		Variáveis												
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	PSQI TOTAL	WHOQOL _DG	WHOQOL _D1	WHOQOL _D2	WHOQOL _D3	WHOQOL _D4
C1	r	-												
C2	r	0,419**	-											
C3	r	0,300**	0,200**	-										
C4	r	0,175*	0,162*	0,230**	-									
C5	r	0,325**	0,266**	n.s.	0,184*	-								
C6	r	0,314**	0,277**	0,173*	0,216**	0,309**	-							
C7	r	0,253**	0,174*	0,277**	n.s.	0,215**	0,172*	-						
PSQI_TOTAL	r	0,683**	0,679**	0,596**	0,410**	0,516**	0,555**	0,574**	-					
WHOQOL_DG	r	-0,367**	-0,168*	-0,140*	-0,120*	-0,291**	-0,181*	-0,249**	-0,362**	-				
WHOQOL_D1	r	-0,546**	-0,312**	-0,217**	-0,141*	-0,333**	-0,329**	-0,370**	-0,551**	0,563**	-			
WHOQOL_D2	r	-0,446**	-0,307**	-0,151*	-0,136*	-0,328**	-0,312**	-0,379**	-0,504**	0,513**	0,696**	-		
WHOQOL_D3	r	-0,190*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,164*	-0,170*	0,265**	0,274**	0,490**	-	
WHOQOL_D4	r	-0,307**	n.s.	-0,133*	n.s.	-0,212**	n.s.	-0,164*	-0,256**	0,488**	0,478**	0,488**	0,315**	-

* p<0,05; **p<0,001

Legenda: C1= qualidade de sono subjetiva; C2= latência de sono; C3=duração de sono; C4=eficiência de sono habitual; C5=distúrbios de sono; C6=uso de medicação para dormir; C7= disfunção diurna. WHOQOL_DG= domínio geral; WHOQOL_D1= domínio físico; WHOQOL_D2= domínio psicológico; WHOQOL_D3= domínio relações sociais; WHOQOL_D4= domínio ambiente

Anexo 9.
Matriz de correlações de Pearson entre Qualidade de Vida e Psicopatologia

		Variáveis													
		WHOQOL_DG	WHOQOL_D1	WHOQOL_D2	WHOQOL_D3	WHOQOL_D4	SOMAT	OBS_COMP	SENS_INT	DEPRESS	ANS	HOST	FOB	ID_PARAN	PSICOT
WHOQOL_DG	r	-													
WHOQOL_D1	r	0,563**	-												
WHOQOL_D2	r	0,513**	0,696**	-											
WHOQOL_D3	r	0,265**	0,274**	0,490**	-										
WHOQOL_D4	r	0,488**	0,478**	0,488**	0,315**	-									
SOMAT	r	-0,348**	-0,524**	-0,414**	n.s.	-0,374**	-								
OBS_COMP	r	-0,274**	-0,607**	-0,614**	-0,250**	-0,349**	0,568**	-							
SENS_INT	r	-0,293**	-0,435**	-0,516**	-0,278**	-0,326**	0,548**	0,586**	-						
DEPRESS	r	-0,353**	-0,542**	-0,648**	-0,334**	-0,359**	0,563**	0,686**	0,740**	-					
ANS	r	-0,299**	-0,539**	-0,526**	-0,142*	-0,346**	0,725**	0,707**	0,649**	0,722**	-				
HOST	r	-0,286**	-0,469**	-0,462**	-0,202**	-0,348**	0,599**	0,627**	0,589**	0,678**	0,677**	-			
ANS_FOB	r	-0,228**	-0,356**	-0,321**	-0,145*	-0,303**	0,640**	0,420**	0,564**	0,533**	0,646**	0,482**	-		
ID_PARAN	r	-0,290**	-0,402**	-0,456**	-0,283**	-0,363**	0,490**	0,613**	0,672**	0,622**	0,566**	0,583**	0,462**	-	
PSICOT	r	-0,308**	-0,487**	-0,560**	-0,319**	-0,341**	0,598**	0,658**	0,698**	0,803**	0,686**	0,656**	0,569**	0,678**	-

* p<0,05; **p<0,001; n.s.: não significativo

Legenda: WHOQOL_DG= domínio geral; WHOQOL_D1= domínio físico; WHOQOL_D2= domínio psicológico; WHOQOL_D3= domínio relações sociais; WHOQOL_D4= domínio ambiente

Anexo 10.

Matriz de correlações de Pearson entre Qualidade de Sono e Psicopatologia

		Variáveis															
		SOMAT	OBS_COMP	SENS_INT	DEPRESS	ANS	HOST	ANS_FOB	ID_PARAN	PSICOT	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
SOMAT	r	-															
OBS_COMP	r	0,568**	-														
SENS_INT	r	0,548**	0,586**	-													
DEPRESS	r	0,563**	0,686**	0,740**	-												
ANS	r	0,725**	0,707**	0,649**	0,722**	-											
HOST	r	0,599**	0,627**	0,589**	0,678**	0,677**	-										
ANS_FOB	r	0,640**	0,420**	0,564**	0,533**	0,646**	0,482**	-									
ID_PARAN	r	0,490**	0,613**	0,672**	0,622**	0,566**	0,583**	0,462**	-								
PSICOT	r	0,598**	0,658**	0,698**	0,803**	0,686**	0,656**	0,569**	0,678**	-							
C1	r	0,311**	0,331**	0,264**	0,330**	0,313**	0,300**	0,203**	0,224**	0,272**	-						
C2	r	0,196**	0,279**	0,137*	0,205**	0,208**	0,227**	n.s.	n.s.	0,179*	0,419**	-					
C3	r	0,116*	0,125*	0,152*	0,168*	0,153*	0,142*	n.s.	0,128*	0,152*	0,300**	0,200**	-				
C4	r	n.s.	n.s.	0,122*	n.s.	n.s.	0,138*	0,111*	n.s.	n.s.	0,175*	0,162*	0,230**	-			
C5	r	0,394**	0,353**	0,300**	0,321**	0,387**	0,349**	0,269**	0,282**	0,346**	0,325**	0,266**	n.s.	0,184**	-		
C6	r	0,295**	0,307**	0,145**	0,251**	0,292**	0,181*	0,211**	0,127*	0,228**	0,314**	0,277**	0,173**	0,216**	0,309**	-	
C7	r	0,337**	0,452**	0,298**	0,414**	0,365**	0,371**	0,225**	0,288**	0,365**	0,253**	0,174**	0,277**	n.s.	0,215**	0,172**	-

* p<0,05; **p<0,001; n.s.: não significativo

Legenda: C1= qualidade de sono subjetiva; C2= latência de sono; C3=duração de sono; C4=eficiência de sono habitual; C5=distúrbios de sono; C6=uso de medicação para dormir; C7= disfunção diurna.

